



PRINCIPAIS CONCEITOS DE

SAÚDE

MENTAL

PARA ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

ACADÊMICA GABRIELA ORTELAN SOARES AMARAL
ORIENTADORA PROFA. DRA. RAFAELA GESSNER LOURENÇO
COORIENTADORA ENF. THAMMY NOVAKOVSKI DOS SANTOS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
ENFERMAGEM

HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA E DA SAÚDE MENTAL

NA ANTIGUIDADE

- especialidade da medicina que trata doenças mentais
- havia culturas que usava o modelo mítico-religioso, na Grécia o louco era considerado agraciado pelos deuses
- *Medicina Humoral Grega*: equilíbrio dos líquidos (sangue, fleuma, bile amarela e bile negra)
- 1ºs escritos: Hipócrates, escreveu sobre melancolia e histeria (hister=útero)

NA IDADE MÉDIA

- excluído
- lunático (lua)
- endemoniado
- inquisição

NA IDADE MODERNA

- razão e desrazão
- desconsiderado ser humano
- marginalizado
- urbanização
- houveram grandes navegações
- exclusão social -> prisão e internamentos

NA IDADE CONTEMPORÂNEA

- início da **medicina moderna**
- começa-se a classificar e tto de doenças
- nasce clínicas
- hospitais começam a ter médicos e menos religião

PSIQUIATRIA

- Philippe Pinel - pai da psiquiatria - ele classifica e começa as 1ªs propostas de tto

DOENÇA DA MENTE

- começam os manicômios (p/ afastá-los da sociedade/família) observando-o e com médicos (alienistas) em palácios como de Bicêtre



- organização dos espaços nosológicos e nosográficos (como Santa Casa ser no centro e hospício longe)

1º HOSPÍCIO NO BR: PEDRO II

- necessidade de enfªs, não freiras devido ao tto (75% homens)
- Começa a ser trabalho e não vocação



- Proclamação da República 1879: muda para Hospício de Alienados (1900)
- **1891: 1ª escola de enfs no BR começa no hospício**
- havia superlotação dos hospícios
- os profissionais: enf^{as}, freiras e médicos

TTO FÍSICO

- lobotomia
- choque
- choque insulínico
- contenção

TTO MORAL

- rotinas e horários
- medicamentos
- atividades de trabalho e lazer

- 1ª medicação: Amplictil (criado para outro fim)
- 1958: Diazepam
- Haloperidol (muita reação adversa)

REFORMA PSQUIÁTRICA

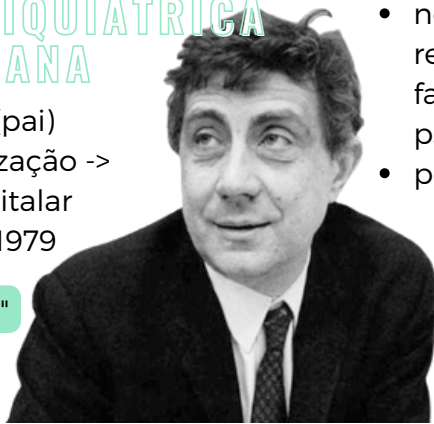
- Europa pós 2ª guerra mundial
- psiquiatria preventiva e não só tto

SAÚDE MENTAL

- objetivo: prevenção
- sujeito: coletivo
- profiss: equipes
- espaço: comunidade
- concepção de personalidade: unidades psicossociais (vários fatores como espirituais, relacionais, etc.)

REFORMA PSQUIÁTRICA ITALIANA

- Franco Basaglia (pai)
- desinstitucionalização -> tto livre e extra hospitalar
- vinda ao BR em 1979



"Isso é o holocausto brasileiro!"

BRASIL

- 1960: criação de T.O.
- 1978: mov. dos trab. em saúde mental/ MTSM
- 1987: I Conferência Nacional de S.M.
- 1989: 1ª NAPS em Santos
↳ CAPS
- 1989: 1º Projeto de Lei p/ Reforma Psiquiátrica
- 2001: aprovada a Lei 10.216, 6 abr 2001

RAPS

- rede de atenção psicossocial

CAPS

- serviço de S.M. prioritário, está dentro do RAPS

SRT

- serviço de residência terapêutica, movimento de adaptar pctes longínquos, ressocializado

CAPS

- centro de atenção psicossocial

HORÁRIO COMERCIAL

- CAPS I: 70k/habitante
- CAPS II (adulto)
 - AD: álcool e drogas
 - TM: transtornos mentais
- CAPS ij (infanto-juvenil)

FUNCIONA 24H+LEITOS

- CAPS III: 200k/hab. (AD e TM)
-
- CAPS IV: 200k/hab (dentro de boca de fumo como crackolandia)
- as pessoas procuram espontaneamente ou pela UBS
- no 1º atendimento um profissional realiza (menos o médico) e depois faz-se uma proposta p/ avaliação c/ psiquiatra
- pode ou não ser internado e volta outro dia para consultar c/ T.R. (terapeutade referência) onde conduz determinado paciente com equipe.

Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;

II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio. § 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros. § 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º .

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento. Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente. Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência. Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei. Art. 13. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 6 de abril de 2001; 180º da Independência e 113º da República. FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

José Gregori

José Serra

Roberto Brant

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMARANTE, Paulo. *Rumo ao Fim dos Manicômios*. Matéria publicada na Revista *Mente&Cérebro* de setembro de 2006. Disponível em: <https://www.recantodasletras.com.br/e-livros-de-generos-diversos/542889>

SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. Amarante P. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira. Contribuição para a compreensão e crítica. 2a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

Caplan G. Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.

Basaglia F. Carta de Nova York – o doente artificial. In:

Amarante P, organizador. Escritos Seleccionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 151-160.

Birman J, Costa JF. Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária. In Amarante, P, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2015. p. 41-72.

Fleury S, organizadora. Reforma sanitária. Em busca de uma teoria. Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco; 1989.

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Comissão de Saúde Mental. Assistência Psiquiátrica no Brasil: setores público e privado. *Saúde em Debate* 1980; 10:49-55.

Ratton H. Em nome da Razão. Curta metragem. Belo Horizonte; 1980.

Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos* [online] 2014, 21 (Enero-Marzo). [acessado 2018 Jan 28]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386134010002>

Brasil. Ministério da Saúde (MS). 8a Conferência Nacional de Saúde. 1986 mar. 17-21; Brasília. Centro de Documentação; 1986. [Relatório final].

Canabrava DS, Souza TS, Fogaça MM, Guimarães AN, Borille DC, Villela JC, Danski MTR, Maftum MA. Tratamento em saúde mental: estudo documental da legislação federal do surgimento do Brasil até 1934. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/9534>

Serapioni, M.. (2019). Franco Basaglia: biografia de um revolucionário. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 26(4), 1169–1187. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702019000400008>

CONCEPÇÕES SOBRE SAÚDE E DOENÇA MENTAL

O QUE SIGNIFICA SAÚDE MENTAL?

"Adaptação bem sucedida a fatores de estresse do ambiente interno e externo, evidenciada por pensamentos, sentimentos e comportamentos que são apropriados para a idade e congruentes com normas locais e culturais"

É RELATIVO PORTANTO SE RESUME EM:

"Paz, equilíbrio e harmonia para trabalhar e amar."

O QUE SIGNIFICA DOENÇA MENTAL?

"Respostas desajustadas a fatores de estresse do ambiente interno e externo, evidenciadas por pensamentos, sentimentos e comportamentos que não são congruentes com normas locais e culturais e interferem no funcionamento social, ocupacional e/ou físico do indivíduo."

- Ou seja, não são situações, fases ou um episódio mas é recorrente e muda sua rotina de forma grave

ANSIEDADE

Apreensão difusa que é de natureza vaga e associa-se a sentimentos de incerteza e impotência.

ANSIEDADE LEVE

- aguça os sentidos, aumenta motivação para produzir, amplia o campo perceptivo e acarreta > consciência do ambiente. O aprendizado é estimulado e acarreta inquietação e irritabilidade
- Comportamentos adaptativos: roer unhas, mexer pé, mexer no cabelo...

ANSIEDADE MODERADA

- diminui o campo perceptivo
- ex: provas, discurso
- ainda é comum
- limite de atenção e capacidade de [] diminuem
- aumenta inquietação
- Mecanismos de defesa: **negação**, **compensação**, **deslocamento** (transferir a angustia para um alvo menor), **identificação** (se torna algo por se id com alguém), **intelectualização** e **racionalização** (racionalizar para não sofrer), **introjeção**, **isolamento** (s/ mostrar emoção), **projeção**, **regressão** (se "proteger" em posição fetal), **repressão** (bloqueio da lembrança s/ intenção), **sublimação** (redirecionar o seu desejo p/ outra ativ semelhante), **supressão** (bloqueio voluntário), **anulação**.

ANSIEDADE GRAVE

- transtorno neurótico
- grande diminuição do campo perceptivo
- dificuldade em fazer algo simples, não aprende, sintomas físicos (diarreia, insônia, tremor)
- foco em si mesmo e desejo intenso de aliviar a intensidade
- ex: TOC, fobias síndrome do pânico
- Respostas psiconeuróticas à ansiedade: distúrbios: ansiosos, somatomorfos e dissociativos

**TOC: O (PENSAMENTO)
C (COMPORTAMENTO)**

ANSIEDADE DO PÂNICO

- + intenso
- criar um mundo paralelo, incapacidade de focar, perde o senso de realidade, sentimento de terror, pode ser risco de vida
- alucinações e delírios
- borda da esquizofrenia

SINTOMAS PSICÓTICOS

- psicótico: de psicose (como era chamado esquizofrenia)
- ilusão: algo que existe + alucinação, ex: parede (que existe) começa a se deformar

ALUCINAÇÃO & DELÍRIOS

alteração da percepção (sentidos) s/ estímulo externo

alteração do pensamento c/ estímulo externo

PESAR

- estado subjetivo de respostas emocionais, físicas e sociais à perda de algo que dá valor

ESTÁGIOS

1. negação
2. raiva
3. barganha
4. depressão
5. aceitação

} pode mudar a ordem e o tempo de cada

*"O luto deve ser preparado e vivido."
(Freud)*

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

TOWNSEND, Mary C e MORGAN, Karyn I. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências. . Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. . Acesso em: 14 out. 2023. , 2021

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA E RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

- Processo complexo e compreende vários números de variáveis c/ abordagem multiteórica facilitando trabalho interdisciplinar
- Ela sugere interação, linguagem, gestos e cognição
- Remete à capacidade criativa e reflexiva do pensar

ELA PRECEDE DE UM PLANEJAMENTO!

ouço e respondo

- Deve-se ter cuidado com fala não-verbal

VERBAL

- falada, escrita

NÃO-VERBAL

- cinésica (mov. corpo), tacésica (toque), proxêmica (espaço)

PARAVERBAL

- aparelho fonador

ESTRATÉGIAS

- Grupamento expressão
- Grupamento clarificação
- Grupamento validação

GRUPAMENTO EXPRESSION

- Escutar reflexivamente e uso terapêutico do silêncio
- verbalizar aceitação e interesse
- usar frases em aberto ou reticentes
- repetir comentários ou últimas palavras ditas
- fazer pergunta e devolver pergunta feita ("e o que VOCÊ acha disso?")
- usar frases descritivas
- verbalizar dúvidas e dizer não (estabeleça limites)
- estimular a expressão de sentimentos subjacentes ("e como você se sentiu em relação à isso?")

GRUPAMENTO CLARIFICAÇÃO

- estimular comparações (do pcte c/ ele mesmo)
- solicitar o esclarecimento de termos incomuns (estimule a falar corretamente)
- solicitar que identifique o agente da ação ("as vozes")
- descrever os eventos em sequência lógica

GRUPAMENTO VALIDAÇÃO

- repetir mensagem (repetir a história para ver se está correto)
- resumir o conteúdo da interação
- solicitar para repetir o que foi dito

ALERTA

- Não dar conselhos
- Não saber ouvir
- Dar falsa tranquilização
- induzir resposta ("está tudo bem?")
- comunicar-se unidirecionalmente
- controle sua ansiedade
- não usar jargões ("vai passar")
- não usar linguagem técnico-científico
- julgar o comportamento
- manter-se na defensiva (não leve pro pessoal)
- mudar de assunto subitamente

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

- é uma técnica, desenvolvida por **Joyce Travelbee**

OBJETIVOS:

- Delimitar, definir e conceituar seu problema
- perceber-se como participante ativo na sua história de vida
- enfrentar realisticamente os seus problemas
- visualizar alternativas significativas p/ a solução de seus problemas (não você mas ele mesmo)
- testar novos padrões de comportamento
- desenvolver-se c/ a comunicação c/ os outros (pcte-pcte)
- integrar-se socialmente
- encontrar significado para sua vida

CONCEITOS BÁSICOS:

- aceitação: não concordar mas tomar consciência do significado do comportamento não aceito socialmente

- disponibilidade: valorizar contato pessoal, acreditar na importância de sua intervenção, através do relacionamento interpessoal
- encorajamento contínuo à expressão do outro
- empatia: o enf. transmite que o pcte é aceito
- envolvimento pessoal: interesse do pcte voltado p/, objetivo profissional, enf. consciente do seu papel, e avalie constantemente sua atuação considerando sentimentos e emoção
- confiança: ser fidedigno e assim a pessoa aprende a lidar com o mundo e resolver desafios
- compromisso: comprometer-se emocionalmente c/o pcte de forma profissional
- sigilo profissional
- atitude de não julgamento
- estímulo à auto-estima: com fatos reais

VARIÁVEIS

- idade
- classe social
- sexo
- preconceito
- relações afetivas inconscientes
- identificação
- alto nível de ansiedade

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Maynard, W. H. da C., Albuquerque, M. C. dos S. de ., Brêda, M. Z., & Jorge, J. S.. (2014). A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. *Acta Paulista De Enfermagem*, 27(4), 300–304. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400051>

Enfermagem psiquiátrica e suas dimensões assistenciais/ organizadoras Ilza Marlene Kuae Fukuda, Maguida Costa Stefanelli, Evalda Cançado Arantes. - Barueri, SP - Manole, 2008.

FUNÇÕES PSÍQUICAS ALTERADAS

Alterações da consciência e da atenção

ORIENTAÇÃO

- **Autopsíquica:** tem consciência de seu nome, idade, sabe quem esta com ele
- **Alopsíquica:** consciência de tempo e espaço
- Afetividade: noção de humor e afeto

HUMORES:

- eutímico
- disforia
- irritável
- expansivo
- euforia
- mania
- depressão
- hipomania
- adedonia
- luto

AFETO:

- ambivalência afetiva
- apatia
- afeto embotado
- labilidade afetiva

PENSAMENTO:

- lógico e coerente
- ilógicos e incompreensivos
- aceleração do pensamento
- fuga de ideias
- salada de palavras
- circunstancialidade
- tangencialidade
- substituição
- associação por assonância
- bloqueio de pensamento

CONTEÚDO DO PENSAR

- pobreza do conteúdo
- obsessão
- fobia
- hipocondria
- delírio (pensamentos perturbados)
- alucinação (sentidos perturbados)

DELÍRIOS

DE POBREZA:

ideia de que o indivíduo perdeu ou perderá todas ou quase todas suas posses materiais

SOMÁTICA:

ideia de que seu corpo está doente, anormal ou mudado, com apresentação de preocupação exagerada e irreal referente à saúde geral e funcionamento corporal

ERETOMANIA:

acreditar que está sendo amado por alguém de posição social muito proeminente

DE PERSEGUIÇÃO:

acreditar que está sendo observado constantemente

DE INFLUÊNCIA E CONTROLE:

acreditar que está sendo controlado, seja por uma força, pessoa ou entidade

DE REFERÊNCIA:

acredita que eventos dos cotidianos, na verdade têm um forte significado pessoal geralmente de maneira negativa e hostil

DE GRANDEZA:

acreditar que é mais forte, inteligente, rico, poderoso, famoso, etc. do que realmente é

NIILISTA:

questiona a vida e se realmente está vivo

ALUCINAÇÃO:

percepção sem objetivo

- auditiva
- visual
- gustativa
- olfativa
- tátil

LINGUAGEM E EXPRESSÃO

- pressão de fala
- logarréia
- mussitação
- pernosticidade
- perseverança
- ecolalia
- mutismo
- disartria
- caprolalia

PSICOMOTRICIDADE

- agitação
- lentificação
- maneirismos
- tiques
- coprofagia
- acatista
- estereotípias motoras
- flexibilidade cérea
- estupor catatônico
- tremor
- compulsão
- ecopraxia
- coréia
- ataxia

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Sadock, Benjamin J. Compêndio de psiquiatria : ciência do comportamento e psiquiatria clínica [recurso eletrônico] / Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz ; tradução: Marcelo de Abreu Almeida ... [et al.] ; revisão técnica: Gustavo Schestatsky... [et al.] – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2017.

Enfermagem psiquiátrica e suas dimensões assistenciais/ organizadoras Ilza Marlene Kuae Fukuda, Maguida Costa Stefanelli, Evalda Cançado Arantes. - Barueri, SP - Manole, 2008.

SÍNDROMES COMPORTAMENTAIS ASSOCIADAS A PERTURBAÇÕES FISIOLÓGICAS E FATORES FÍSICOS

ANOREXIA

Transtorno alimentar

- Medo excessivo de ganho de peso
- Restringe a alimentação
- Jejum recorrente
- Excesso de exercícios físicos
- Dietas frequentes

Ambos afetam mais mulheres, por questões sociais e machistas num geral, sendo os homens também afetados pela objetificação de corpos e padrões estéticos.

ATENÇÃO!

BULIMIA

Transtorno alimentar

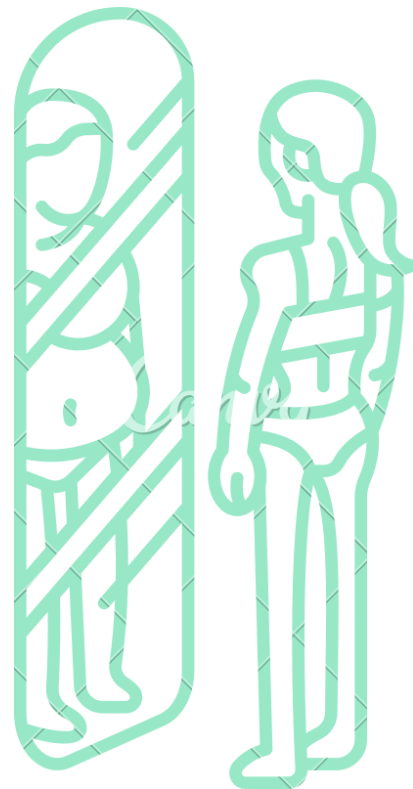
- Alimenta-se muito
- Mecanismo compensatória/punitivo: uso de laxantes, diuréticos e indução do vômito

Nem toda pessoa com transtorno alimentar é excessivamente magra, por isso é bom estar atento aos sinais!

ENTREVISTA DE ENF

O papel da enfermagem neste contexto é a escuta terapêutica e trabalho interprofissional

- Peso atual e desejado
- Menarca e padrão menstrual
- Padrões alimentares: restrições, se há jejum e quanto tempo, preferências e peculiaridades alimentares
- Frequência extensão da hiperfagia e vômitos
- Se faz uso de laxantes, diuréticos, pilulas emagrecedoras etc
- "Como voce se vê?" para avaliar a distorção de imagem
- Frequência e padrões de exercícios físicos



TRANSTORNOS DO SONO

O **ciclo circadiano** permite que nosso organismo antecipe certos eventos previsíveis — como o ciclo de sono-vigília e as refeições, por exemplo — e se prepare para eles. Quando anoitece, nosso corpo se prepara para descansar, e começa a produzir melatonina, o hormônio do sono. Ao amanhecer, no entanto, libera cortisol para que a gente desperte. O cronograma dos hormônios da fome — leptina (responsável pela saciedade) e grelina (por abrir o apetite) — segue o mesmo princípio.

Viver fora desta sincronia pode nos deixar mais vulneráveis a problemas de saúde, como infecções, câncer, obesidade, diabetes tipo 2, doenças cardíacas e transtornos de saúde mental, como depressão.

INSÔNIA

Dificuldade de iniciar o sono, mantê-lo continuamente durante a noite ou o despertar antes do horário desejado.

- técnicas de relaxamento
- florais
- aromaterapia
- melatonina

HIPERSONIA

Incapacidade de manter-se acordado ou alerta durante os principais períodos de vigília do dia, resultando em sonolência e lapsos de sono não intencionais.

- psiquiatria
- evitar álcool e café
- emagrecer

NARCOLEPSIA

Sonolência excessiva durante o dia ou episódios recorrentes e incontroláveis de sono durante as horas normais da vigília, geralmente com episódios súbitos e temporários de fraqueza muscular (**cataplexia**). Ex: casos de pessoas que foram enterradas vivas.

- estimulantes
- antidepressivos

PARASSONIA

Sonambulismo, paralisia do sono, terror noturno e pesadelos que podem ocorrer durante o sono ou durante a transição do sono para a vigília ou vice-versa.

- modificação do ambiente de sono
- terapia cognitiva
- farmacoterapia
- aromaterapia



REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Sadock, Benjamin J. Compêndio de psiquiatria : ciência do comportamento e psiquiatria clínica [recurso eletrônico] / Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz ; tradução: Marcelo de Abreu Almeida ... [et al.] ; revisão técnica: Gustavo Schestatsky... [et al.] - 11. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2017.

Capítulo 15: Transtornos alimentares; Capítulo 16: Sono normal e transtornos do sono-vigília; Capítulo 17: Sexualidade humana e disfunções sexuais.

TRANSTORNOS NEURÓTICOS, RELACIONADOS AO ESTRESSE E SOMATOFORMES

Grupo de transtornos nos quais uma ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentam atualmente nenhum perigo real

CLASSIFICAÇÃO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE - CID-10

F40- Transtornos fóbico- ansiosos

F41- Outros transtornos de ansiedade

F42- Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

F43- Reação a estresse grave e transtornos de ajustamento

F44- Transtornos dissociativos (de conversão)

F45- Transtornos somatoformes

F48- Outros transtornos neuróticos

ANSIEDADE

É uma resposta emocional de antecipação de perigo, cuja fonte não é conhecida ou reconhecida. A ansiedade pode ser considerada patológica quando interfere na eficácia da vida

Ansiedade & Medo

A **ansiedade** deve ser diferenciada do **medo**, visto que a primeira é um **processo emocional**, enquanto o medo é um **processo cognitivo** que envolve uma **avaliação intelectual** de um estímulo ameaçador, a ansiedade envolve a **resposta emocional** a essa avaliação

- Ocorrência duas vezes maior no sexo **feminino**
- Estima-se que até **5%** da população geral tenha algum transtorno de ansiedade

TRATAMENTO

- **Biológicos:** bezoadizepínicos e os inibidores seletivos das recapturas de serotonina
- **Psicoterapia:** coadjuvantes ao fármacos
- **Técnicas comportamentais:** exposição, recompensa por fichas, dessensibilização sistemática.
- **Psicoeducação:** ensina pacientes e família sobre o transtorno, bem como seu tratamento e manejo

DIAGNÓSTICO DE ENF

1. Ansiedade
2. Medo
3. Isolamento social

TRANSTORNOS FÓBICOS-ANSIOSOS

- Agorafobia, fobias sociais, fobias específicas (isoladas), outros transtornos fóbicos-ansiosos, transtornos fóbico-ansiosos não especificado
- Grupo de transtornos nos quais uma *ansiedade é desencadeada exclusiva ou essencialmente por situações nitidamente determinadas que não apresentam atualmente nenhum perigo real*

AGORAFOBIA:

medo de espaços abertos

- Sintomas: tontura, vômitos, desconforto cardíaco
- Tratamento: psicoterapia, medicação, auxílio de realidade virtual
- Ações de Enf: garantir segurança e conforto; Incentivar a verbalizar seus medos; Conversar sobre a realidade da situação

FOBIAS SOCIAIS:

medo excessivo de situações de ser negativamente avaliado pelas pessoas

- Sintomas: rubor , sudorese, tremor das mãos
- Ações de Enf: Explorar as percepções do cliente sobre a ameaça a sua integridade física ou ao autoconceito. Força-lhe garantias de segurança e proteção

FOBIAS SOCIAIS:

medo excessivo de situações de ser negativamente avaliado pelas pessoas

- Sintomas: rubor , sudorese, tremor das mãos
- Ações de Enf: Explorar as percepções do cliente sobre a ameaça a sua integridade física ou ao autoconceito. Força-lhe garantias de segurança e proteção

OUTROS TRANSTORNOS ANSIOSOS

- Transtorno de pânico, Ansiedade generalizada, Transtorno misto ansioso e depressivo, Outros transtornos ansiosos mistos
- caracterizados essencialmente pela *presença da manifestação ansiosa que não são desencadeadas exclusivamente pela exposição a uma situação determinada*

TRANSTORNO DE PÂNICO:

ataques de pânico recorrentes

- Sintomas: de forma súbita medo, terror e apreensão esmagadora
- Ações de Enf: Nunca deixar sozinho o cliente que vivencia ansiedade de pânico. Permanecer com ele e oferecer garantias de segurança e proteção

ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG):

ansiedade persistente, de grau intenso, incontrolável, apreensiva e desproporcional ao estímulo em relação aos eventos e problemas do dia-a-dia.

- Sintomas: insônia, dificuldade para relaxar, angústia, cefaleia, boca seca
- Ações de Enf: Ensinar o cliente a identificar os sinais e os sintomas do aumento da ansiedade e as maneiras de interromper sua progressão

TRANSTORNO MISTO ANSIOSO E DEPRESSIVO :

pacientes com sintomas tanto de ansiedade quanto de depressão que não satisfazem os critérios diagnósticos para um transtorno de ansiedade e um transtorno de humor

- Sintomas: Dificuldade em concentração por preocupação excessiva Medo de algo terrível acontecer
- Ações de Enf: Ensinar o cliente a identificar os sinais e os sintomas do aumento da ansiedade e as maneiras de interromper sua progressão

TRANSTORNOS OBSESSIVO-COMPULSIVO (TOC)

- distúrbio mental caracterizado pela *presença de obsessões e/ou compulsões que interferem na vida cotidiana*

- **Obsessões:** pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são intrusivos e perturbadores.
- **Compulsões:** comportamentos repetitivos que a pessoa sente a necessidade de realizar para diminuir sua ansiedade ou prevenir algo ruim de acontecer.
- **Causas:** Fatores biológicos (derrames, Parkinson, Síndrome de Tourette, herança genética) e Fatores Psicológicos (forma que o paciente interpreta e educou-se diante de situações de ansiedade e compulsão)
- **Sintomas:** Excessos: simetria, ordem e higienização; contagem compulsiva
- **Ações de Enf:** Determinar, junto ao cliente, os tipos de situações que aumentam a ansiedade e ocasionam comportamentos ritualísticos. Ajudar o cliente a aprender maneiras de interromper os pensamentos obsessivos e o comportamento ritualístico por meio de técnicas como suspensão da corrente de pensamentos, relaxamento e exercícios

REAÇÃO A ESTRESSE GRAVE E TRANSTORNOS DE AJUSTAMENTO

- Reação aguda ao “stress”, Estado de “stress” pós-traumático, Transtornos de adaptação, Outras reações ao “stress” grave, Reação não especificada a um “stress” grave
- ocorre o chamado *quadro de revivência*, caracterizado por pensamentos intrusivos e recorrentes que pode ter sido vivenciada ou testemunhada
- **Sintomas:** Memórias penosas recorrentes, incontrolláveis e intrusivas sobre o ocorrido; Sonhos angustiantes frequentes sobre o evento; (flash-backs);

- **Tratamento:** Busca por uma clínica psiquiátrica e o atendimento psicológico

TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO:

conjunto de sintomas físicos e emocionais ligados à ansiedade após um evento psicologicamente estressante como assalto, sequestro...

- **Sintomas:** já escrito acima
- **Ações de Enf:** Obter história exata com os familiares sobre o trauma e a resposta específica do cliente. Frequentar atividades de grupo com o cliente se isso for assustador para ele. Ter cuidado com o contato físico

TRANSTORNOS DE ADAPTAÇÃO:

reação de desajuste a um estressor psicossocial identificável ou estressores resultando no desenvolvimento de sintomas emocionais ou comportamentais clinicamente significativos

- **Sintomas:** Desesperança. Falta de prazer. Crises de choro. Irritabilidade e nervosismo

TRANSTORNO DISSOCIATIVO (DE CONVERSÃO)

Alteração onde a consciência, memória, identidade e percepção se rompem gerando um **comportamento sem a participação da personalidade consciente**.

Mecanismo de defesa empregado para remover conteúdos mentais ameaçadores ou inaceitáveis da consciência

AMNÉSIA DISSOCIATIVA:

perda de memória

- **Localizada:** não lembra qualquer incidente associado ao evento por um período específico (horas/dias)
- **Seletiva:** não lembra apenas determinados incidentes por um período específico após o evento
- **Contínua:** não lembra dos eventos que ocorreram até o presente momento
- **Generalizada:** não lembra de nada que aconteceu durante toda sua vida, incluindo a identidade pessoal, é **rara**
- **Sistematizada:** não lembra de eventos que se relacionam com uma categoria específica de informação, pessoa ou um determinado evento
- **Tratamento:** retirar o paciente da situação de estresse, hipnose, barbitúrico ou benzodiazepínico, psicoterapia
- **Diagnóstico de ENF:** Processos de pensamento alterado; Memória prejudicada; Impotência
- **Ações de ENF:** incentivar conversas sobre situações que ele considere estressantes e explorar os sentimentos associados a esses momentos

FUGA DISSOCIATIVA:

deslocamento súbito de local físico, incapacidade de recordar sua identidade pessoal e assume uma outra identidade

- **Duração breve:** de horas a dias
- **Tratamento:** a recuperação é rápida, espontânea; terapia cognitiva para compreender o trauma que desencadeou o episódio de fuga
- **Diagnóstico de ENF:** Risco de violência direcionada à outras pessoas; Enfrentamento ineficaz
- **Ações de ENF:** estratégias para alívio da ansiedade, identificar fator de estresse que desencadeou a fuga, verificar se ele tem um plano e caso não tenha ajudá-lo a organizar para um próximo episódio

DISTÚRBO DE IDENTIDADE DISSOCIATIVA:

duas ou mais personalidades em um único indivíduo, cada uma com gênero sexual, nome, idade, memória, comportamento, habilidade, gosto e relacionamento interpessoal próprios, que manifestam-se quando em dominância

- **Sintomas:** amnésia dos eventos ocorridos quando outra personalidade assume, ouvir vozes, alucinações sensoriais, depressão, abuso de drogas, automutilação, ansiedade, disfunção sexual e comportamento suicida
- **Tratamento:** psicoterapia para integrar os estados de identidade a fim de facilitar a cooperação entre as personalidades
- **Diagnóstico de ENF:** Risco de suicídio; Distúrbio de identidade pessoal
- **Ações de ENF:** desenvolver relação de confiança com a personalidade original e com cada uma das subpersonalidades; ajudar o paciente a identificar as situações de estresse que precipitam a transição de uma personalidade para outra

Exemplo: filme Fragmentado

DESPERSONALIZAÇÃO:

afastamento ou estranhamento em relação a si mesmo

DESREALIZAÇÃO:

afastamento ou estranhamento em relação ao ambiente exterior (objetos alterados em seu tamanho e forma)

- Diagnóstico de ENF: Enfrentamento ineficaz; Risco de violência direcionada a outras; Processos de pensamento alterado / Memória prejudicada
- Ações de ENF: tentar situar o paciente sobre seu corpo, sentidos e localização

TRANSTORNOS SOMATOFORMES

Sintomas que sugerem uma doença orgânica física, mas sem mecanismos fisiopatológicos demonstráveis nem compreensíveis por procedimentos laboratoriais

Emoções reprimidas podem ser convertidas em sintomas físicos

- Somatoforme indiferenciado
- Hipocondríaco
- Neurovegetativo somatoforme
- Doloroso somatoforme persistente

SINTOMAS

- Dor
- Sintomas gastrintestinais: náuseas, vômitos, diarreias
- Sintomas sexuais: períodos menstruais irregulares, disfunção erétil ou ejaculatória
- Sintomas de condição neurológica: paralisia, cegueira, surdez
- Depressão e ansiedade, ideação suicida.

TRATAMENTOS

- Antidepressivos inibidores de recaptção da serotonina
- Terapia cognitivo-comportamental

DIAGNÓSTICO DE ENF

- Dor crônica
- Isolamento social
- Medo
- Déficit de conhecimento
- Sensopercepção alterada

AÇÕES DE ENF

- Monitorar as avaliações contínuas do médico e exames para descartar possibilidades de patologias orgânicas

NEURASTENIA

Alterações no sistema nervoso que levam ao aparecimento de sintomas de cansaço crônico, fraqueza, cefaléia, insônia e mal estar corporal que não possuem causa aparente

Combinação de fatores genéticos e ambientais

SINTOMAS

- Cefaleia, pressão e peso na cabeça
- Esgotamento físico e emocional
- Zumbidos no ouvido
- Tonturas
- Alterações no sono
- Cansaço excessivo
- Dificuldade de concentração
- Dormência e formigamento nos membros

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Diagnósticos de enfermagem das NANDA: definições e classificação 2020-2023. Porto Alegre: Artmed, 2020.

HALES, Robert E.; YUDOFKY, Stuart C.; GABBARD, Glen O. *Tratado de Psiquiatria Clínica.* 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. ISBN 978-85-363-2708-2.

MELLO, Inaiá Monteiro. *Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental na Prática.* São Paulo: Atheneu, 2008. 288 p. ISBN 978-85-7379-977-4.

STEFANELLI, Maguida Costa; FUKUDA, Iza Marlene Kaue; ARANTES, Evalda Cançado. *Enfermagem Psiquiátrica: Em Suas Dimensões Assistencias.* São Paulo: Manole Ltda., 2008.

TOWNSEND, Mary C. *Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos de Cuidados na Prática Baseada em Evidências.* 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. ISBN 978-85-277-2389-3. Sadock, BJ; Sadock, AS. Kaplan & Sadock, Compêndio de Psiquiatria 9 ed - Porto Alegre: Artmed. 2007 DALGALARRONDO, Paulo. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. 3. ed. atual. Porto Alegre: Artmed, 2019. 866 p. ISBN 978-85-8271-506-2

AMERICAN Psychiatry Associatin (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR. 4 ed. Porto Alegre: Artmed

TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE E DE COMPORTAMENTOS

Padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo; começa na adolescência ou no início da vida adulta; é estável ao longo do tempo; leva a sofrimento ou prejuízo; e se manifesta na cognição, afetividade, funcionamento interpessoal ou no controle de impulsos

Sinais e Sintomas

Problemas de autoidentidade, como uma autoimagem instável e inconsistências nos valores, objetivos e na aparência; Problemas de funcionamento interpessoal; Podem parecer muitas vezes incoerentes, confusos e frustrantes para as pessoa a sua volta

TRANSTORNO DE CONDUTA	TRANSTORNO DE PERSONALIDADE
padrão repetitivo de conduta introvertida, marcado por brigas excessivas, crueldade com animais ou pessoas, destruição de propriedades, incêndios, furtos, mentiras e ataques de birra excessivos	padrão de comportamento mal ajustados que prejudicam a forma que o paciente lida com seus impulsos e com as pessoas ao redor

TRATAMENTO

- **Biológicos:** ansiolítico, antidepressivo, estabilizadore de humor (TP Antissocial, antipsicóticos)
- **Psicoterapia:**

Transtornos de Personalidade	Linhas de Terapia			
	Terapia Cognitivo Comportamental	Terapia Psicodinâmica	Terapia a Base de Mentalização	Psicoterapia Focada em Transferência
TP Paranoide	X			
TP Esquizoide	X			
TP Antissocial	X			
TP Emocionalmente Instável	X		X	X
TP Narcisista	X	X	X	X
TP Histriônica		X		
TP Anancástica	X	X		
TP Evitação	X	X		
TP Dependente	X	X		

DIAGNÓSTICO DE ENF

1. Insônia
2. Regulação do humor prejudicada
3. Controle de regime terapêutico familiar ineficaz
4. Desesperança
5. Risco de solidão
6. Isolamento social
7. Interação social prejudicada
8. Baixa autoestima crônica
9. Ansiedade

Tabela 1. Prevalência estimada para cada tipo de transtorno de personalidade³

Transtorno de personalidade	Prevalência
Grupo A	5,7%
Paranóide	2,3-4,4%
Esquizóide	3,1-4,9%
Esquizotípica	0,6-4,6%
Grupo B	1,5%
Narcisista	0-6,2%
Histriônica	1,84%
Borderline	1,6-5,9%
Antissocial	0,2-3,3%
Grupo C	6%
Obsessivo-compulsiva	2,1-7,9%
Dependente	0,49-0,6%
Evitativa	2,4%

PARANOIDE

- Desconfiança e suspeitas em relação aos outros
- Problemas de confiança
- Sensibilidade exagerada a críticas
- Suspeita de estar sendo explorado, maltratado ou enganado
- Fortes rancores

Exemplo: Bentinho (Dom Casmurro)

ESQUIZOIDE

- Distanciamento das relações sociais
- Restrita de expressão emocional
- Não deseja, nem gosta de relacionamentos
- Indiferente a elogios ou crítica
- Frieza emocional
- Insensibilidade às normas

Exemplo: Wandinha Addams

EVITATIVA

- Dificuldade para se relacionar e enfrentar situações cotidianas
- Sensibilidade exagerada à críticas e rejeição
- Desejo por interação social

Exemplo: Amélie Poulain

IMPULSIVO

- Sem preocupação com as consequências dos atos
- Instabilidade emocional
- Alto risco de violência
- Baixa tolerância à crítica

DEPENDENTE

- Necessidade excessiva de ser cuidado
- Submisso
- Medo de separação
- Extremos para obter carinho e apoio

Exemplo: Bella Swan

BORDERLINE LIMÍTROFE

- Falta de controle
- Solidão, medo crônico de abandono
- Relações intensas e instáveis
- Autodestrutivo (autoagressão, tentativa de suicídio, uso de substâncias psicoativas)

Exemplo: Susanna Kaysen (Garota, Interrompida)

HISTRIÔNICA

- Afetividade superficial; Busca de atenção
- Comportamento inadequado/sexual
- Influenciável
- Automutilação voltada à busca por atenção
- Dramaticidade, teatralidade e expressão emocional exagerada

Exemplo: Jack Sparrow

ANANCÁSTICA

- Dúvida, perfeccionismo, preocupação com pequenos detalhes e rigidez excessiva
- TOC ≠ Transtornos Neuróticos (TOC gera ansiedade para livrar-se dos pensamentos intrusivos e dos rituais).

Exemplo: Monica Geller

ANTISSOCIAL

- Desrespeito e violação dos direitos alheios
- Impulsividade/fracasso em idealizar planos para o futuro;
- Incapacidade de adequar-se às normas sociais
- Propensão para enganar
- Ausência de remorso

Exemplo: Lord Voldemort

TRANSTORNOS DE PREFERÊNCIA SEXUAL

Quando a preferência pode diminuir a qualidade de vida do indivíduo ou dos que ele usa para obter prazer sexual

FETICHISMO:

reduzir a fetiche, de transformar algo ou alguém num objeto erotizado ou usado para saciar os desejos de alguém

TRAVESTISMO FETICHISTA:

uso de roupas do sexo oposto para vivenciar temporariamente este gênero como um meio de excitação

- **Diagnóstico:** é dado quando as fantasias foram atuadas por pelo menos 6 meses
- ≠ sentir atração por travestis, trans e queers em geral.

EXIBICIONISMO:

exposição deliberada dos genitais a estranhos em público sem permissão; sente prazer em deixar o outro com medo e desconfortável

VOYEURISMO:

observação de outras pessoas em atividades sexuais ou em estado de nudez, sem o consentimento, de modo presencial ou remoto (câmeras escondidas ou espionagem eletrônica)

PEDOFILIA:

fantasias, impulsos sexuais ou comportamentos recorrentes e intensos envolvendo atividade sexual com uma criança < 13 anos

SADOMASOQUISMO:

utilização de dor física ou psíquica, humilhação, submissão e dominação como elementos eróticos e estimulantes durante as relações sexuais de forma consensual

- **Sadismo sexual:** excitação sexual através do sofrimento de outra pessoa
- **Masoquismo sexual:** excitação sexual ao se sentirem humilhados, agredidos, dominados e submetidos ao sofrimento pelas mãos de outra pessoa

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.

MAZER, A. K.; MACEDO, B. B. D.; JURUENA, M. F. Transtornos da personalidade. Medicina (Ribeirão Preto), v. 50, :p.85-97, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127542>.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. Compêndio de psiquiatria. Ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 11.ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

Mazer, Angela K., Brisa Burgos D. Macedo, and Mário Francisco Juruena. "Transtornos da personalidade." Medicina 50.1 (2017): 85-97.

ZIMMERMAN, Mark. Visão geral dos transtornos de personalidade. Manual MSD, 2021. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-de-personalidade/vis%C3%A3o-geral-dos-transtornos-de-personalidade>.

FIRST, M. B. Tratamento das doenças mentais. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/casa/dist%C3%BArios-de-sa%C3%BAde-mental/considera%C3%A7%C3%B5es-gerais-sobre-cuidados-com-a-sa%C3%BAde-mental/tratamento-das-doen%C3%A7as-mentais#v746724_pt>.

FUKUDA, I. M.; STEFANELLI, M. C.; ARANTES, E. C. Enfermagem psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. 2ª ed. Editora Manole, 2017. E-book. ISBN9788520455326. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520455326/>

HYPOLITO, A. Terapia Cognitivo Comportamental: o que é e como funciona? Disponível em: <<https://www.psicologosberrini.com.br/blog/terapia-cognitivo-comportamental/>>.

JOHNSON, Marion. Ligações NANDA NOC-NIC. [Digite o Local da Editora]: Grupo GEN, 2012. E-book. ISBN 9788595151697. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595151697/>.

ZIMMERMAN, M. Transtorno de personalidade borderline. Disponível em: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/transtornos-psi%C3%A1tricos/transtornos-de-personalidade/transtorno-de-personalidade-borderline-tpb#v45524716_pt>.

TRANSTORNOS DO HUMOR

Transtornos de saúde mental nos quais as **alterações emocionais** consistem em períodos prolongados de **tristeza excessiva** (depressão), de exaltação excessiva ou de **euforia** (mania), ou ambos.

EPISÓDIOS DE HUMOR

1. Episódio maníaco
2. Episódio hipomaníaco
3. Episódio depressivo

EPISÓDIO MANÍACO

Um período distinto de **humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável** e aumento anormal e persistente da atividade dirigida a objetivos ou da energia, com **duração mínima de uma semana** e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

SINTOMAS

- Autoestima inflada ou grandiosidade
- Redução da necessidade de sono
- Mais loquaz que o habitual
- Pensamentos acelerados.
- Envolvimento excessivo em atividades com elevado potencial para consequências dolorosas (compras, sexuais ou investimentos financeiros insensatos).

EPISÓDIO HIPOMANÍACO

Período **distinto de humor anormal e persistentemente elevado, expansivo ou irritável** e aumento anormal e persistente da atividade ou energia com **duração mínima de quatro dias** consecutivos e presente na maior parte do dia, quase todos os dias.

SINTOMAS

- Ficar acelerado e disposto;
- Otimismo exagerado;
- Irritabilidade
- Muitas vezes a pessoa com hipomania não é diagnosticada, tendo em vista que a alternância de humor é difícil de ser percebida.

EPISÓDIO DEPRESSIVO

Humor alterado para baixo. Se sente triste, vazia e sem esperança. Também tem falta de prazer e falta de interesse por tarefas na maior parte do dia, quase todos os dias.

SINTOMAS

- Pessimismo;
- Sentimento de culpa;
- Diminuição da energia;
- Dificuldade de concentração;
- Dificuldade para dormir;
- Alterações no apetite;
- Possíveis alterações no peso;
- Pensamentos de autoextermínio.

TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR

Graves alterações de humor: **períodos de humor elevado e de depressão, intercalados** por períodos de remissão

- Dois tipos principais: tipo I (mania) e tipo II (hipomania).

ETIOLOGIA

- Fatores biológicos (alteração da regulação hormonal, distúrbios imunológicos)
- Fatores genéticos: genes de suscetibilidade
- Fatores psicossociais: acontecimentos de vida e estresse



TRATAMENTO

- Tratamento farmacológico: estabilizadores de humor, antipsicóticos e antidepressivos (Lítio, Bupropiona)
- Tratamento psicossocial: terapia cognitivo-comportamental combinando técnicas de psicoeducação

DEPRESSÃO

Transtorno relativamente comum. de curso crônico e recorrente, frequentemente associado com incapacitação funcional e comprometimento de saúde física

- Diagnóstico só anamnese psiquiátrica cuidadosa
- Mulheres mais afetadas
- Causa multifatorial

SINTOMAS FUNDAMENTAIS

- Humor deprimido;
- Perda de interesse;
- Fatigabilidade.

SINTOMAS ACESSÓRIOS

- Redução da concentração e da atenção;
- Diminuição da autoestima e da autoconfiança;
- Ideias de culpa e inutilidade;
- Visões desoladas e pessimistas do futuro;
- Ideias de suicídio, ou atos autolesivos ou suicídio;
- Perturbação do sono;
- Diminuição do apetite.

TRATAMENTO

- Farmacológico: inibidores seletivos de recaptção da serotonina (ISRSs), Inibidores de recaptção de serotonina e noradrenalina (IRSN) e Inibidores da monoamina oxidase (IMAOs)
- Psicoterapia
- Não farmacológico
- ECT: Terapia eletroconvulsiva (estimula liberação de neurotransmissores)

DIAGNÓSTICO DE ENF

- Depressão: Engajamento diminuído em atividades de recreação
- Mania: Controle de impulsos ineficaz

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BOSAIPO, N. B.; BORGES, V. F.; JURUENA, M. F. Transtorno bipolar: uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. Medicina (Ribeirão Preto), [S. l.], v. 50, n. supl.1, p. 72-84, 2017. DOI: 10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p72-84. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/127541>.

FREITAS, Nicholas. ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO. [s.l.: s.n., s.d.]. Disponível em: <https://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-antteriores/volume-4-edicao-4/3695-rci-depressao-07-2020/file>.

Depressão - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde. Paho.org. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>.

SIDNEI SCHESTATSKY ; PIO, Marcelo. Psicoterapia das depressões. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, n. suppl 1, p. 41-47, 1999. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/NTGTsFfTZkPK8Y3rDvzksPM/>.

TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

OMS: qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento

HISTÓRIA

Diferentes culturas têm utilizado plantas e algumas substâncias de origem animal com finalidades artesanais, terapêuticas, espirituais e de diversão.

A **Lei N.º 11.343/2006** foi sancionada, estabelecendo o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad para promover a prevenção do uso de drogas, e atenção e reinserção social de usuários e dependentes.

FATORES DE RISCO

1. Círculo social
2. Traumas
3. Transtornos psiquiátricos
4. Vulnerabilidade social

DROGAS DEPRESSORAS

Reduzem a atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, sendo comum um efeito euforizante inicial e posteriormente aumento da sonolência.

- álcool
- opiáceos (heroína)
- tranquilizantes
- hipnóticos

DROGAS ESTIMULANTES

Aumentam a atividade de determinados sistemas neuronais, acelerando os processos psíquicos, estado de alerta exagerado e insônia.

- anfetaminas
- cocaína
- nicotina
- cafeína

DROGAS PERTURBADORAS

Também conhecidas como alucinógenas. Alteram o funcionamento cerebral, resultando em fenômenos psíquicos anormais, como delírios e as alucinações.

- LSD
- maconha
- MDMA
- cetamina
- esteroides anabolizantes

FATOR SOCIAL

Os principais motivos que levam um indivíduo a utilizar drogas são: curiosidade, influência, vontade, desejo de fuga, coragem, dificuldade em enfrentar e/ou aguentar situações difíceis, hábito, rituais, busca por sensações de prazer, acalmar ou estimular.

TOLERÂNCIA

Quando o sistema de recompensa se adapta à quantidade de substância ingerida, tornando-se menos sensível a ela, então o indivíduo precisa maiores e mais frequentes doses para sentir o prazer rápido e intenso que sentia quando começara o uso e para aliviar os sintomas da abstinência.

INTOXICAÇÃO

Aparecimento de sintomas específicos devido ao uso recente da substância. Alterações do humor, sudorese, taquicardia, alucinações, ataques de pânico, agitação, (...)

ABSTINÊNCIA

Sintomas ocorrem devido à interrupção ou à diminuição do uso da substância. Dentre eles, sintomas depressivos, fadiga, aumento de apetite, pesadelos, insônia, pensamento lento, tremores, agitação.

DEPENDÊNCIA

A pessoa é incapaz de parar o uso, mesmo que saiba o quanto isso está lhe causando problemas sociais e de saúde física e mental..

ÁLCOOL

Substância psicoativa com propriedades que causam dependência, tem sido amplamente utilizado em muitas culturas durante os séculos. O álcool afeta as pessoas e as sociedades de muitas formas e seus efeitos são determinados pelo volume consumido, pelos padrões de consumo e, em raras ocasiões, pela qualidade do álcool

- distúrbio mental/ comportamental
- dependência
- doenças não transmissíveis graves, como cirrose hepática, alguns tipos de câncer
- doenças cardiovasculares
- lesões resultantes de violência e acidentes de trânsito

ORGANISMO:

O etanol é uma substância resultante da fermentação de elementos naturais. Quando ingerido, é digerido no estômago e absorvido no intestino. Pela corrente sanguínea suas moléculas são levadas ao cérebro.

EFEITOS NO CÉREBRO:

uma série de fatores podem influenciar a maneira e a intensidade em que o álcool afeta o cérebro: quantidade e frequência de consumo de álcool; idade de início e o tempo de consumo de álcool; idade do indivíduo, nível de educação, sexo, aspectos genéticos e histórico familiar de alcoolismo; risco existente de exposição pré-natal ao álcool; condições gerais de saúde do indivíduo.

- Excesso de álcool: leva a efeitos psíquicos como redução da concentração, da atenção, da memória recente, da capacidade de julgamento e o descontrole dos movimentos e equilíbrio
- No cerebelo e no sistema vestibular: disartria (problemas na articulação de palavras); ataxia (perda da coordenação dos movimentos); problemas da visão dupla e do nistagmo (oscilações involuntárias dos olhos)

TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

INTOXICAÇÃO AGUDA:

Consequência ao uso de uma substância psicoativa com perturbação da consciência, das faculdades cognitivas, da percepção, do afeto ou do comportamento.

Perturbações desaparecem com o tempo, com cura completa, exceto nos casos onde surgiram lesões orgânicas ou outras complicações:

- traumatismo
- aspiração de vômito
- delirium
- coma
- convulsões e etc

USO NOCIVO PARA A SAÚDE:

Modo de consumo de uma substância psicoativa que é prejudicial à saúde.

- Complicações físicas: ex. hepatite, consequente a injeções de droga pelo indivíduo
- Complicações psíquicas: ex. episódios depressivos secundários a grande consumo de álcool

SÍNDROME DE DEPENDÊNCIA:

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após uso repetido de uma substância psicoativa.

- Alcoolismo crônico
- Dipsomania
- Toxicomania

SÍNDROME/ESTADO DE ABSTINÊNCIA:

Sintomas de diversas maneiras e gravidade variável, estes sintomas ocorrem quando há uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância consumida de modo prolongado. A síndrome de abstinência pode se complicar pela ocorrência de convulsões.

- dor de cabeça
- irritabilidade
- agressividade
- alteração do sono
- dificuldade de concentração
- indisposição gástrica e outros

SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA COM DELIRIUM:

Estado no qual a síndrome de abstinência se complica com a ocorrência de delirium.

Este estado pode igualmente comportar convulsões.

- Delirium tremens (induzido pelo álcool)

TRANSTORNO PSICÓTICO:

Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa.

- alucinações: auditivas ou polissensoriais, de distorção das percepções, de idéias delirantes paranóide
- perturbações psicomotoras: agitação ou estupor
- afetos anormais: podendo ir de um medo intenso ao êxtase

SÍNDROME AMNÉSICA:

Presença de transtornos crônicos da memória (fatos recentes e antigos).

A memória imediata está habitualmente preservada e a memória dos fatos recentes está tipicamente mais perturbada.

- Psicose/síndrome de Korsakov
- Transtorno amnésico

TRANSTORNO PSICÓTICO RESIDUAL OU DE INSTALAÇÃO TARDIA :

As modificações induzidas da cognição, do afeto, da personalidade, ou do comportamento persistem além do período durante o qual podem ser considerados como um efeito direto da substância.

Os “flashbacks” podem ser diferenciados de um estado psicótico, em parte porque são episódicos e frequentemente de muito curta duração, e em parte porque eles reproduzem experiências anteriores ligadas ao álcool ou às substâncias psicoativas.

TRATAMENTO

FARMACOLÓGICO:

- Nicotina: bupropiona e nortriptilina, varenicilina, adesivo
- Álcool: dissulfiram e naltrexona, acamprosato
- Maconha: Fluoxetina e Buspirona
- Crack: Risperidona, Topiramato ou Modafinil
- Heroína: Metadona e Naloxona
- Cocaína: Topiramato e Modafinil

PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS:

ferramentas úteis para que a própria pessoa consiga evitar o contato e o consumo das drogas

INTERNAÇÕES:

Lei 10.216/2001, conhecida também como Lei de Proteção e Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais, prevê as formas de internação voluntária, involuntária e compulsória.

GRUPOS DE APOIO:

representam um espaço onde é possível compartilhar a própria história com outras pessoas que vivem situações semelhantes, sem qualquer julgamento.

CAPS-AD:

serviços de saúde de caráter aberto e comunitário, constituídos por equipe multiprofissional e que atuam sob a ótica interdisciplinar, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial.

DIAGNÓSTICOS DE ENF

Psicoespirituais	
Religiosidade/ Espiritualidade	Crença Religiosa, Conflituosa Crença Religiosa, Positiva
Psicossociais	
Aprendizagem, Sociabilidade	Capacidade de realizar atividade de lazer Prejudicada
Recreação e Lazer	Prejudicada Comportamento interativo, Prejudicado Conhecimento, Prejudicado Dependência de álcool Dependência de drogas Dependência de tabaco Desabrigado Falta de conhecimento sobre doença Processo familiar, Eficaz Processo familiar, Interrompido Processo familiar, Prejudicado Socialização, Prejudicada
Autoestima, Autoconfiança e Auto respeito	Ansiedade, Presente Humor deprimido Processo de luto, Presente Risco de suicídio Baixa autoestima, Crônica Baixa autoestima, situacional
Psicobiológicas	
Oxigenação e Regulação Vascular	Pressão arterial, Alterada Risco de função cardíaca, Prejudicada
Nutrição e Regulação Nutricional	Apetite, Positivo Baixo peso Condição Nutricional, Prejudicada Falta de apetite Processo do sistema gastrointestinal, Prejudicado Risco de função do sistema gastrointestinal, Prejudicada Sobrepeso
Hidratação e Regulação Eletrolítica	Ingestão de Líquidos, Prejudicada
Eliminação	Diarreia
Sexualidade e Reprodução	Vômito Comportamento sexual, Problemático Processo sexual, Preservado Desempenho sexual, Prejudicado Falta de conhecimento sobre comportamento sexual
Integridade Cutânea-Mucosa	Integridade da Pele, Prejudicada
Locomoção, Mecânica Corporal e Motilidade	Comportamento de exercício físico, Prejudicado Marcha, Prejudicada Paresia Tremor, Presente

	Alergia
	Agitação psicomotora
	Alucinação, Presente
Regulação Imunológica	Atividade psicomotora, Prejudicada
Regulação Neurológica	Cognição, Prejudicada Delírio, Presente Memória, Prejudicada Processo de pensamento, Distorcido Capaz de Executar o Autocuidado
Cuidado corporal	Déficit de Autocuidado Padrão de higiene oral, Inadequado
Percepção	Dor, Aguda Náusea
Terapêutica	Adesão ao regime medicamentoso Não Adesão ao Regime Terapêutico Polifarmácia

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ITTER, James M. Rang & Dale Farmacologia. Grupo GEN, 2020. E-book. ISBN 9788595157255. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595157255/>.

Paes MR, Sasaki CK, Silva OB, Nimitz MA. Processo de enfermagem nas dimensões psíquica e emocional dos pacientes de um hospital geral. *Enfermagem em Foco*. 2021;12(1):111-7. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n1.3958.

Ferreira ACZ, Czarnobay J, Borba LO, Capistrano FC, Kalinke LP, Maftum MA. Determinantes intra e interpessoais da recaída de dependentes químicos. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.34292>. DATASUS F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativas; Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm

BEZERRA, João Gabriel da Silva. O impacto da legalização do comércio de drogas ilícitas na redução do sistema carcerário e o deslocamento de responsabilidade ao sistema único de saúde - SUS. Data de publicação: 08/05/2019, 19:53:08 Atualizado em: 02/07/2023, 03:46:18. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/o-impacto-da-legalizacao-do-comerciode-drogas-ilicidas-na-reducao-do-sistema-carcerario-e-o-deslocamento-de-responsabilidadeao-sistema-unico-de-saude-sus/705807557> Álcool - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde.

FERNANDA, D. et al. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. [s.l: s.n.]. Disponível em: . Acesso em: 3 set. 2023. ARTMED- Consumo excessivo de drogas e álcool na saúde mental Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=YPQoJbOJBil>

SAÚDE PREVENTIVA- DROGAS. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=YVbbvZEMLFi>

ESQUIZOFRENIA

schizo = divisão ou cisão
phrenos = mente

SINAIS E SINTOMAS

Normalmente comprometem a capacidade de executar funções cognitivas e motoras complexas: assim, os sintomas muitas vezes interferem acentuadamente nos relacionamentos profissionais, sociais e na capacidade de cuidar de si mesmo. Desemprego, isolamento, deterioração dos relacionamentos e diminuição da qualidade de vida são desfechos comuns.

PSICOSE:

perda do contato com a realidade

ALUCINAÇÕES:

percepções falsas

DELÍRIOS:

crenças falsas

VARIAÇÃO EMOCIONAL RESTRITA:

discurso/comportamento desorganizados, embotamento afetivo

DEFICITS COGNITIVOS:

comprometimento do raciocínio e da solução de problemas

ETIOLOGIA

Embora sua causa e mecanismo específicos sejam desconhecidos, a esquizofrenia tem uma base biológica, como evidenciado por:

- Alterações na estrutura do cérebro (p. ex., ventrículos cerebrais aumentados, afinamento do córtex, menor tamanho do hipocampo anterior e de outras regiões do cérebro)
- Alterações neuroquímicas, especialmente alteração da atividade dos marcadores da transmissão de dopamina e glutamato
- Fatores de risco genéticos recém-demonstrados

Alguns especialistas sugerem que a esquizofrenia ocorre com mais frequência nas pessoas com vulnerabilidades de neurodesenvolvimento e que o início, a remissão e a recorrência dos sintomas são resultantes das interações entre essas vulnerabilidades duradouras e os estressores ambientais.

FASES

- Prodrômica: podem não manifestar sintomas ou podem ter competência social prejudicada, desorganização cognitiva leve ou distorção perceptiva, diminuição da capacidade de sentir prazer (anedonia) e outras deficiências gerais de lidar com situações.
- Prodrômica avançada: afastamento ou isolamento, irritabilidade, desconfiança, pensamentos incomuns, distorções perceptivas e desorganização; delírios e alucinações podem ser súbitos (em dias ou semanas) ou lento e insidioso (ao longo de anos).

- Precoce da psicose: psicose ativa.
- Intermediária: períodos sintomáticos podem ser episódicos (com exacerbações e remissões identificáveis) ou contínuos; os deficits funcionais tendem a piorar.
- Tardia: o padrão do transtorno pode ser estabelecido, mas há variabilidade considerável; a incapacidade pode estabilizar ou mesmo diminuir.

CATEGORIAS

Sintomas positivos:

- Delírios persecutórios: acreditam que estão sendo atormentados, seguidos, enganados ou espionados.
- Delírios de referência: acreditam que passagens de livros, jornais, letras de música ou outras evidências ambientais são direcionadas a eles.
- Delírios de retirada ou inserção de pensamento: acreditam que outras pessoas conseguem ler sua mente e que seus pensamentos são transmitidos para outras pessoas ou que forças externas estão impondo pensamentos e impulsos a eles.
- Alucinações: percepções auditivas, visuais, olfatórias, gustativas ou táteis afetadas; podem ouvir vozes que mandam fazer coisas e julgam.

Sintomas negativos

- Afeto embotado: face imóvel, com contato visual precário e falta de expressividade.
- Pobreza da fala: fala pouco e dá respostas concisas a perguntas.
- Anedonia: falta de interesse nas atividades e aumento de atividades sem propósito.
- Associabilidade: falta de interesse em relacionamentos.

Os sintomas negativos frequentemente levam a perda de motivação e diminuição no sentido de propósito e de objetivos.

SUBCLASIFICAÇÕES

ESQUIZOFRENIA PARANÓIDE:

idéias delirantes relativamente estáveis, frequentemente de perseguição, em geral acompanhadas de alucinações, particularmente auditivas e de perturbações das percepções; as perturbações do afeto, da vontade, da linguagem e os sintomas catatônicos, estão ausentes, ou são relativamente discretos.

ESQUIZOFRENIA HEBEFRÊNICA:

afeto superficial e inapropriado; idéias delirantes e as alucinações são fugazes e fragmentárias, comportamento irresponsável/imprevisível; maneirismo; pensamento desorganizado; discurso incoerente; tendência ao isolamento social.

ESQUIZOFRENIA CATATÔNICA:

distúrbios psicomotores proeminentes que podem alternar entre extremos tais como hipercinesia e estupor, ou entre a obediência automática e o negativismo; episódios de excitação violenta; alucinações cênicas vívidas; catalepsia, catatonia, flexibilidade cêrea e estupor catatônico.

DEPRESSÃO PÓS-ESQUIZOFRÊNICA:

episódio depressivo prolongado que ocorre ao fim de uma afecção esquizofrênica; maior risco de suicídio.

ESQUIZOFRENIA RESIDUAL:

presença persistente de sintomas negativos; lentidão psicomotora; hipoatividade; embotamento afetivo; passividade e falta de iniciativa; pobreza da quantidade e do conteúdo do discurso; pouca comunicação não-verbal (expressão facial, contato ocular, modulação da voz e gestos), falta de cuidados pessoais e desempenho social medíocre.

ESQUIZOFRENIA SIMPLES:

ocorrência insidiosa e progressiva de excentricidade de comportamento, incapacidade de responder às exigências da sociedade, e um declínio global do desempenho. Os padrões negativos característicos da esquizofrenia residual (por exemplo: embotamento do afeto e perda da volição) se desenvolvem sem serem precedidos por quaisquer sintomas psicóticos manifestos.

TRATAMENTO

- Fármacos antipsicóticos
- Reabilitação, incluindo retificação cognitiva, treinamento na comunidade e serviços de suporte
- Psicoterapia, orientada para o treinamento de resiliência
- Reduzir a gravidade dos sintomas psicóticos
- Preservar a função psicossocial
- Prevenir recorrências dos episódios sintomáticos e da deterioração associada do funcionamento
- Reduzir o uso de drogas ilícitas

DIAGNÓSTICOS DE ENF

- Risco de violência direcionada aos outros
- Interação social prejudicada
- Regulação do humor prejudicada
- Sobrecarga de stress
- Déficit de autocuidado

"Ficar bem não significa que depois sua vida será um jardim de rosas. (você tem que) aproveitar seu jardim de rosas quando ele está florido e lidar com calma em outros momentos."

Joanne Greenberg
(I Never Promise You a Rose Garden)

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Giacon, Bianca Cristina Ciccone, and Sueli Aparecida Frari Galera. "Primeiro Episódio Da Esquizofrenia E Assistência de Enfermagem." *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, vol. 40, 1 June 2006, pp. 286–291

Marques Oliveira, Renata, et al. "A Realidade Do Viver Com Esquizofrenia." *Rev Bras Enferm*, vol. 65, no. 2, 2012, pp. 309–325

Cruz, Danielle Conrado da, et al. "Os Desafios Enfrentados Pelos Familiares Perante O Diagnóstico de Esquizofrenia." *Repositorio.animaeducacao.com.br*, 6 Dec. 2022

Monteiro, Luciana de Carvalho, and Mário Rodrigues Louzã. "Alterações Cognitivas Na Esquizofrenia: Conseqüências Funcionais E Abordagens Terapêuticas." *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, vol. 34, 2007, pp. 179–183

Queirós, Tiago Pinto, et al. "Esquizofrenia: O Que O Médico Não Psiquiatra Precisa de Saber." *Acta Médica Portuguesa*, vol. 32, no. 1, 1 Feb. 2019, p. 70, <https://doi.org/10.20344/amp.10768>

SADOCK, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. *Compêndio de psiquiatria. Grupo A*, 2017. E-book. ISBN 9788582713792 Referências

ELKIS, H.. A evolução do conceito de esquizofrenia neste século. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 22, p. 23– 26, maio 2000.

COSTA, M. A. da S. G.; SOARES, G. F. G.; LISBOA, L. A. V.; RIBEIRO, P. A. P. Esquizofrenia: perspectivas atuais acerca do diagnóstico, tratamento e evolução clínica da doença. *Brazilian Journal of Health Review*, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 61–71, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n1-007. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/55925>. Acesso em: 5 sep. 2023.

MARI, J. J.; LEITÃO, R. J.. A epidemiologia da esquizofrenia. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 22, p. 15–17, maio 2000.

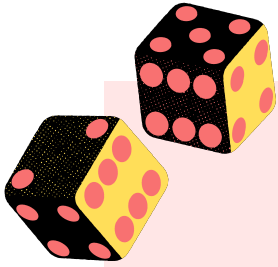
FERREIRA, A. A. DE A. et al.. Tendência temporal da esquizofrenia: um estudo realizado no âmbito hospitalar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 56, n. 3, p. 157–161, 2007.

POTENCIALIDADE DO JOGO INTERAPS

• ARTIGOS •

CONO
FERRAMENTA EDUCACIONAL/ ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE





OFICINAS E JOGOS ELETRÔNICOS: PRODUÇÃO DE SAÚDE MENTAL?

O estudo buscou acompanhar a experiência de jogadores em oficinas realizadas no Centro Integrado de Atendimento Psicossocial (CIAPS) do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) em Porto Alegre, Brasil. O CIAPS do HPSP tem como principal objetivo prestar atendimento em saúde mental a crianças e adolescentes, dentro dos princípios do SUS e de acordo com o ECA.

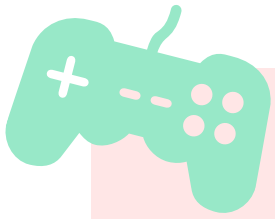
- As oficinas terapêuticas, presentes nos aparelhos de assistência à loucura desde há muito tempo, passaram por uma série de reformulações que têm lhes permitido deslocarem-se de um lugar de entretenimento e ocupação do tempo ocioso para um espaço de expressão e de criação. Nos anos transcorridos desde a implementação da reforma, observa-se que as leis são, sem dúvida, imprescindíveis, mas os serviços e seus trabalhadores necessitam criar, inventar e avaliar outras modalidades de práticas;
- Na perspectiva de produzir uma interface entre os serviços e a pesquisa acadêmica que o presente artigo discute a experiência de crianças e adolescentes que participaram de oficinas tecnológicas em um serviço de saúde mental, focando o uso de videogames;
- Os videogames constituem espaços participativos e de experimentação de si, pois convidam os jogadores a habitarem novos contextos de experiência e, portanto, se apresentam como um interessante recurso no campo da saúde mental;
- O videogame, entretanto, está se transformando em uma crescente área de interesse e pesquisa devido à importância que os mesmos têm assumido na cultura e na indústria do entretenimento, e pelas problematizações que trazem nos campos das novas alfabetizações, da sociabilidade e da educação;
- Nessa área nascente, um importante campo de estudos, chamado “Aprendizado Baseado em Jogos Digitais”, procura integrar os objetivos e tecnologias tradicionais da escola com essas novas tecnologias, e desenvolve a relação entre videogames e a aprendizagem de conteúdos e de atitudes. Tais estudos buscam evidências de que o uso de videogames possa trazer ganhos ao ensino e à aprendizagem;
- Pensar os games como objeto de arte é tomá-los como um mundo de experimentação, no qual as regras estão embutidas nas relações entre os objetos e só podem ser apreendidas por meio de experiências dinâmicas nas quais existem muitas possibilidades de caminhos, de soluções e de expressões;

- Com isso, os videogames colocam sujeitos em interação com sistemas complexos, nos quais os problemas propostos se configuram por uma série de variáveis concorrentes, podendo ter vários modos de solução. Cada estado inicial e conjunto de regras define qual jogo será jogado, mas não define o desenrolar do jogo, pois é a ação do jogador, ou dos jogadores, que dá forma a cada partida;
- Nesses espaços, diferentes grupos criam outros modos de participação, cooperação e/ou competição, que vão, gradualmente, estabilizando as distinções pertinentes e hierarquizando as ações disponíveis, criando uma “leitura” específica do jogo por meio do compartilhamento de experiências. Os videogames podem, com isso, ser agenciadores de experiências num plano comum de ação, onde operam como dispositivos com a capacidade de agregação ao produzirem compartilhamento;
- No plano da experiência, as percepções e afecções são da ordem daquilo que pode surpreender, fazer estranhar a si mesmo, fazer questão, sejam elas ideias e/ou emoções. A experiência de si acarreta efeitos na relação consigo, abrindo, assim, espaços de conexão aos coletivos por meio da desconstrução de crostas identitárias;
- No videogame, o jogador é imerso em um sistema de regras específico do jogo. Esse conjunto de regras pode ser diferente de outros sistemas de regras com os quais ele tem contato em seu cotidiano. Por exemplo, em jogos de tiro em primeira pessoa, ocorre um deslocamento normativo da ação de matar, pois não se trata de aniquilar o adversário, mas, sim, de vencê-lo;
- Vivências que oportunizam realizar ações diferentes a partir de conjuntos de regras distintas, possibilitam experiências que se configurariam como experiências de si, pois o jogador se vê fazendo algo que não se imaginava fazer em outros contextos. Assim, os jogos possibilitam exercícios de instituição de novas normas em diferentes domínios de experiência, ou seja, exercícios da capacidade normativa por meio do videogame. Esta característica é importante, porque o jogador não está apenas aprendendo uma rotina de ações, mas, sim, experimentando ações que não experienciaria em outros contextos, e, por isso, vivenciando uma nova experiência de si;
- Na experiência imersiva passível de ser vivenciada nos videogames, abre-se a possibilidade de experimentações de si e de uma percepção a um plano de virtualidade de si, que se configuram como novas experiências de si em consonância com outras normas vigentes, que não as habituais do cotidiano dos sujeitos;



- Neste sentido, alguns jogos possuem características que possibilitam pensar a produção de normatividade, sendo também entendida como produção de saúde. Experiências com jogos que possuem proporções incontáveis de combinações de ações permitem possibilidades também incontáveis de instituição de novas percepções de si e, com essas, novas normas de vida e de relação, intervindo nos modos de subjetivação dos jogadores;
- A cultura dos jogos produz questões aos padrões por meio dos quais a educação e a saúde organizam experiências planejadas para o atendimento de crianças e jovens. No presente caso, o fato de os jogos estarem inseridos em um formato de oficina faz com que seu potencial de compartilhamento possa ser ainda mais intensificado. Em uma oficina, há espaço para proposições singulares, mas, existe a ênfase de que as mesmas possam ser compartilhadas, postas em comum. Do mesmo modo que o jogo, em uma oficina, há o convite a um linguajar que é capaz de acolher a diferença e produzir compartilhamento e trânsito, compondo outras parcerias;
- As oficinas podem auxiliar os participantes à tomada de consciência de uma dimensão pré-reflexiva da experiência, ao fornecerem oportunidades para a ação em contextos de regras distintos do cotidiano;
- Os oficinairos, ao estimularem e conduzirem o compartilhamento das ações e decisões, capacitam os participantes a tornarem-se consciente dessa experiência. O compartilhamento, por sua vez, modifica o conjunto de ações pertinentes em um ou mais domínios cognitivos estabelecidos entre os participantes da oficina. Essas modificações permitem uma ampliação do conjunto de respostas às perturbações internas ou externas do bem-estar desses sujeitos. Os videogames constituem espaços participativos e de experimentação de si, pois convidam os jogadores a habitarem novos contextos de experiência, e, portanto, se apresentam como um interessante recurso no campo da saúde mental.





MUITO ALÉM DO ENTRETENIMENTO: GAMES VIRAM OPÇÃO PARA SAÚDE MENTAL

Os games já são considerados um importante elemento para manter a saúde mental. O reconhecimento é de grande parte dos gamers brasileiros que participaram da pesquisa “Mundo Infinito dos Games” – cerca de 1/3 dos jogadores admitem que jogam para manter o cérebro ativo.

- O levantamento foi feito pela agência Live, pela empresa de pesquisa Talk Inc e pelo hub B11d e apresentado na semana passada em um evento no Learning Village, hub de desenvolvimento de pessoas da HSM. Foram ouvidas 1597 pessoas em todo o território nacional. Desse montante, 64% jogam, 28% já jogaram, mas não jogam mais e 8% nunca jogaram.
- O efeito positivo na mente, apontado por grande parte dos participantes, tem relação com os círculos criados dentro dos jogos: 42% das pessoas de 16 a 26 anos concordam que jogar amplia o círculo de amizades. A conexão profunda que os jogos promovem chegam a virar namoros e até casamentos. Pessoas relatam relações duradouras que nasceram no ambiente online, evoluíram para o físico e se transformaram em relacionamentos para a vida.
- “O lado positivo é que as pessoas passam algumas horas conhecendo novos usuários, aprendendo sobre lugares, uso e aplicações de novas tecnologias, conhecem diversas habilidades, línguas e interesses diversos... com isso passam a ter um ganho emocional e, dependendo do jogo, até habilidades super específicas. O lado negativo é basicamente o vício de entender que boa parte do seu dia está de certa forma parado, dependente, on-line e em um mundo fantasioso, ao invés de criar laços e relações interpessoais, aflorando os nossos sentidos vitais”, destaca Sérgio Percope, Head do hub de Games do Learning Village.
- “No estudo, percebemos a importância e o papel do jogar em vários aspectos ligados à saúde mental. Diferentes pessoas usam o momento de jogar como uma ferramenta que ajuda a lidar com questões e problemas do cotidiano e da vida. Isso não é diferente de outras atividades que lidam com o stress e ajudam a desligar, como praticar um esporte ou assistir um filme. Mas a característica que é muito única dos games é seu caráter imersivo e fantasioso, uma combinação que potencialmente tira as pessoas do lugar onde elas estão e as leva para outra realidade”, explica Carla Mayumi, Strategy Lead Da Talk Inc.

- O caráter de socialização, segundo ela, também é importante, “pois o jogo acaba sendo uma forma de conviver com amigos e a família, em alguns casos (também pode afastar da convivência familiar). Tivemos também o relato de enfrentar uma morte na família e encontrar nos amigos do jogo um espaço de conforto. Isso é mais forte entre as pessoas que jogam jogos multiplayer, pois os jogos são coletivos, jogados entre pessoas ou grupos.”
- Outro recorte importante da pesquisa foi entender por que as pessoas jogam. Foram identificados cinco motivos principais. O primeiro é por Diversão. Em segundo lugar vem a Fantasia como argumento de jogo considerando os games como uma forma importante de fugir da realidade e inserir as pessoas em universos paralelos. O Jogo por si só também é um argumento para atrair as pessoas, bem como a estratégia, a competição e o nível de dificuldade.
- Conhecimento também aparece como uma motivação importante das pessoas que jogam. Elas admitem que usam as plataformas para ficar por dentro de novidades e aprender novos idiomas. Socialização, que se resume a fazer amigos e participar de comunidades é outro elemento fundamental para os jogadores.



FONTE: FORBES, disponível em: <https://forbes.com.br/forbes-games/2023/08/grande-parte-dos-gamers-brasileiros-ja-associa-a-pratica-a-saude-mental/>



A IMPORTÂNCIA DO JOGO E DA BRINCADEIRA NA PRÁTICA PEDAGÓGICA

Os jogos e as brincadeiras vêm ganhando espaço e importância em todas as abordagens referentes à infância, sobretudo como recurso para o desenvolvimento e a aprendizagem de habilidades cognitivas, sociais, afetivas e motoras. São considerados entre pedagogos, professores e psicólogos como importantes instrumentos de motivação para o desenvolvimento da linguagem oral, escrita, raciocínio lógico-matemático, entre outras capacidades.

As proposições sobre a importância do lúdico têm início na Grécia, com filósofos como Platão, que falava da formação moral do cidadão a partir da infância por meio de brincadeiras (CAMBI, 2001). Desde então, filósofos, psicólogos e educadores como Santo Agostinho, Pestalozzi, Froebel, Piaget e Vygotsky empreenderam esforços teóricos e práticos para valorizar o papel dos jogos e brincadeiras no desenvolvimento humano, sobretudo na infância.

- Alguns filósofos como São Tomás de Aquino (1225-1274) e Schiller (1759-1805) entendem o jogo como uma maneira de introduzir o homem na vida em sociedade. Por meio de atividades lúdicas, o homem desenvolve capacidades sociais, morais e estéticas necessárias à sua inserção social (KISHIMOTO, 1993).
- Do ponto de vista psicológico, em específico a corrente psicanalítica, considera o brincar como uma forma de expressão da criança, que consegue, ao brincar, manifestar questões inconscientes, que ainda não podem ser expressas em palavras.
- Para Freud (1920/1996), a criança brinca ativamente com aquilo que ela vive passivamente. Por isso, a interpretação do brincar da criança é importante, podendo revelar os aspectos do desenvolvimento afetivo-emocional típicos da infância.
- Para Winnicott (1975), o jogo e a brincadeira são atos livres e criativos que emanam do sujeito e não da sociedade, por meio de regras estabelecidas ou de uma organização. Para o autor, na brincadeira o indivíduo encontra um lugar para operar no mundo. Esse espaço potencial é o espaço do imaginário, do jogo, o qual é preenchido, num primeiro momento, por um objeto transicional, seja ele outro sujeito ou um objeto, ou brinquedo.



- Para a corrente psicológica interacionista-construtivista, sobretudo para autores como Piaget (1978) e Vygotsky (1988), o brincar pode ser definido como uma maneira de interpretar e assimilar o mundo. As crianças, durante os jogos e brincadeiras, estabelecem relações e representações, o que desencadeia o desenvolvimento de capacidades sociais, cognitivas e afetivas na medida em que elas "extrapolam" seu mundo habitual. Ao brincarem, as crianças planejam, criam hipóteses, desenvolvem a imaginação, constroem relações, tomam decisões e elaboram regras de convivência.
- Para Piaget (1978), quando a criança brinca, ela assimila o mundo da sua maneira, não havendo compromisso com a realidade. A interação com o objeto independe da natureza deste, sua função advém do significado e sentido atribuído pela criança através do simbolismo.
- Ainda que carregue em si uma carga de prazer e ociosidade (DE MASI, 2000), o jogo surge na sociedade burguesa e industrial com a finalidade de introduzir as crianças no mundo capitalista, do conhecimento, a partir da realidade das mesmas. Ou seja, atividades e situações lúdicas típicas da infância são acolhidas e reestruturadas pela escola para facilitar a introdução de novos conhecimentos às crianças.
- Kishimoto (1993) destaca que foi a partir do início do século XX que algumas instituições de educação infantil desenvolveram o jogo a partir de teorias pedagógicas influenciadas por Froebel, Claparède, Dewey, Decroly e Montessori. Com o passar do tempo foi se tornando mais visível a possibilidade de utilizar os jogos e brinquedos para desenvolver a aprendizagem de forma lúdica.
- O alemão Frederico Froebel (1782-1852), criador do Kindergarten (Jardim da Infância) foi o primeiro pedagogo a sistematizar uma proposta pedagógica para a educação infantil, concebendo o jogo e os brinquedos como elementos centrais da sua teoria educativa. Assim como Froebel, Edouard Claparède (1873-1940) reconheceu o jogo como um recurso pedagógico privilegiado. Maria Montessori também foi uma das educadoras que atribuiu um valor pedagógico e educativo aos jogos infantis. Mas a associação entre jogo e trabalho, como na educação formal, nem sempre foi bem aceita entre educadores. Celestin Freinet se opôs às ideias de Froebel, Claparède e Montessori, afirmando que a pedagogia do jogo impõe atividades superficiais à criança, isto é, de fora para dentro.
- Mais recentemente o sociólogo e educador Brougère (1998) procurou defender que é possível a conciliação entre o jogar e o aprender, no contexto educacional, desde que sejam respeitadas as características do jogo como atividade espontânea, não produtiva e incerta.

FONTE: COTONHOTO, Larissy Alves; ROSSETTI, Claudia Broetto; MISSAWA, Daniela Dadalto Ambrozine. A importância do jogo e da brincadeira na prática pedagógica. Constr. psicopedag., São Paulo, v. 27, n. 28, p. 37-47, 2019.

JOGOS E SUAS IMPLICAÇÕES PSICOPEDAGÓGICAS

- Segundo Moylés (2006), no processo contínuo de reconhecimento, inserção, interação e ação da criança no mundo por meio do brincar, três fatores são determinantes: a qualidade de provisão de recursos para o brincar, o valor atribuído aos processos do brincar e o envolvimento dos adultos.
- Macedo (2007) destaca "[...] a importância da dimensão lúdica nos processos de aprendizagem escolar como uma das condições para o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes e, quem sabe, para uma recuperação do sentido original da escola".
- Segundo Kishimoto (1999), o jogo educativo utilizado em sala de aula na maioria das vezes vai além das brincadeiras e se torna uma ferramenta para o aprendizado. Para que o jogo seja um aprendizado e não uma obrigação para a criança, é interessante deixar que o aluno escolha com qual jogo queira brincar e que ele mesmo controle o desenvolvimento sem ser coagido pelas normas do professor. Para que o jogo tenha a função educativa não pode ser colocado como obrigação para a criança.
- Reiteramos a suposição de Macedo (2005) de que é preciso "(...) cuidar da dimensão lúdica das tarefas escolares e possibilitar que as crianças pudessem ser protagonistas, isto é, responsáveis por suas ações, nos limites de suas possibilidades de desenvolvimento e dos recursos mobilizados pelos processos de aprendizagem".
- No âmbito da construção da aprendizagem, alguns jogos têm o propósito de auxiliar o aluno na aprendizagem e desenvolvimento do raciocínio matemático e conhecimentos linguísticos. Já em outros momentos, eles os auxiliam no desenvolvimento afetivo, físico-motor e social.
- Quando o professor incentiva o interesse por pesquisas, pelo desenvolvimento de trabalhos em grupo, pela busca por respostas por meio do lúdico, o aluno estará aprendendo de uma forma prazerosa a atividade proposta e, conseqüentemente, ao assimilar esses novos conceitos terá uma aprendizagem significativa.
- Macedo (2007) afirma que os jogos são importantes na vida da criança não só no presente, mas também no futuro. No presente a criança necessita do jogo, ou seja, um espaço e um tempo para pensar e se adaptar, por isso a atividade lúdica é importante para o desenvolvimento dela. Ao jogar, a criança desenvolve alguns aspectos sociais e cognitivos que serão úteis no futuro. Desse modo, dos jogos de exercício, a criança herda o prazer funcional, e a partir dele ela pode encarar o trabalho não como sacrifício, mas como algo prazeroso e satisfatório. Com o jogo simbólico a criança pode aprender as possibilidades de experimentar e criar, o que futuramente poderá ser útil em seu trabalho. No jogo de regra a criança é colocada em contato com as regras, auxiliando-a a lidar com limites e restrições um fator necessário para que haja solidariedade e compartilhamento.

- Em diversos espaços, os jogos e brincadeiras possibilitam às crianças a construção do seu próprio conhecimento, pois oferecem condições de vivenciar situações-problemas, a partir do desenvolvimento de jogos planejados e livres que permitam à criança uma vivência no tocante às experiências com a lógica e o raciocínio e permitindo atividades físicas e mentais que favoreçam a sociabilidade e estimulem as reações afetivas, cognitivas, sociais, morais, culturais e linguísticas.
- De acordo com Souza (1996, p. 122) "Os jogos podem ser utilizados na escola ou na clínica com instrumentos que propiciam o estudo do pensamento da criança, de sua afetividade e de suas possibilidades de estabelecer relações sociais". O jogo pode ter um papel fundamental no processo de desenvolvimento (cognitivo e afetivo) do indivíduo, pois segundo Luna (2008, p.57)
- Quando o sujeito se sente desafiado pela perturbação (no jogo, por exemplo, quando se vê diante de uma situação-problema) e tem como valor superá-la, ele age com disciplina (atenção, concentração, persistência, respeito) com o intuito de vencer. Nesta perspectiva o sujeito reage à perturbação, com disciplina, visando a reequilibração do seu sistema (regulação).
- Segundo Dell'Agli & Brenelli (2010) no decorrer de atividades lúdicas é possível que existam menos pressões e tensões o que permite a livre expressão afetiva. Diante disso, o jogo pode ser considerado um importante instrumento na observação e análise de aspectos afetivos e cognitivos (Canal & Queiroz, 2012) de forma simultânea, pois direcionam o tratamento de crianças e adolescentes, sendo um instrumento favorável de intervenção em diversas áreas (psicoterapia, psicopedagogia e educação) (BRENELLI, 2001).
- De acordo com Macedo (2010, p.146) o ócio digno está presente no contexto do jogo. Segundo o mesmo autor esse ócio constitui-se em um espaço e um tempo em que a criança pode pensar, o que é fundamental para a construção de um saber. Dessa maneira, os jogos promovem "... o desenvolvimento da ação física e mental da criança. Ao jogar a criança adquire gradativa autonomia e responsabilidade para tomar decisões e seguir regras com consciência (LUNA, 2008, p. 60)".
- De acordo com Macedo (1994) o social tem uma importância fundamental para Piaget, pois as operações utilizadas para enfrentar as perturbações provenientes do ambiente e das trocas interindividuais são, simultaneamente, sociais e individuais.



- (...) Os jogos de regras não só servem aos interesses infantis como também aos dos adolescentes, ultrapassando as barreiras que, com o avanço da idade, são impostas ao brincar, constituindo um poderoso instrumento que não se encontra circunscrito somente a sujeitos que apresentam dificuldades, antes, vem contribuir para o desenvolvimento e a aprendizagem de maneira geral de sujeitos de diferentes idades e diferentes níveis evolutivos (BRENELLI, 2001, p.185).
- A ludicidade pode surgir como uma possibilidade, como força pedagógica motivadora, para auxiliar na promoção da aprendizagem e da inclusão (MOTA, 2010). Se soubermos observar a presença - maior ou menor - do lúdico, poderemos compreender resistências, desinteresses e toda a sorte de limitações que tornam a escola sem sentido para as crianças.
- A necessidade de se recuperar o sentido do jogo na escola e na vida, propondo que a escola adote uma postura menos rígida, menos instrumental. Ressalta a necessidade de permitir que na escola, por algum tempo, os meios sejam os próprios fins das atividades, que se permita que professores e alunos sejam criativos, que tenham prazer estético e sintam o gozo da construção do conhecimento.
- Na ação pedagógica Meirieu (2005) prevê que o papel do professor é fazer com que nasça o desejo de aprender, sua tarefa é desafiar o aluno, seduzi-lo, despertar-lhe o desejo de aprender. Mas alerta ao professor que neste processo de tradução do mundo, de mediação, ele preste atenção para não praticar uma pedagogia sem objetivos. Cabe a ele, por meio de jogos e estratégias diversificadas, suspender a explicação e fazer com que nasça o desejo de aprender, construir, produzir.
- No cotidiano da escola e no frenesi da prática pedagógica, sabemos o quanto é mais fácil responder às perguntas dos alunos rapidamente, eliminando o desejo em sua gênese, do que transformar essa pergunta em um desafio a ser administrado com auxílio do professor, das crianças do grupo e até mesmo da manipulação de objetos e jogos. Dessa forma, torna-se importante que professor e alunos sejam parceiros na condução e administração dos desejos a fim de descobrir e ultrapassar as dificuldades. Inventivamente essa parceria pode ser pensada e construída de diferentes maneiras.

